

Strategi Deteksi Kanker Payudara Stadium Awal

Gani W Tambunan, Joko S Lukito, Soekimin

Laboratorium Patologi Anatokik

Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara / Rumah Sakit Dr. Pirngadi, Medan

ABSTRAK

Sebagian besar kanker payudara ditemukan oleh penderita sendiri, yang berarti pada kondisi stadium lanjut inoperabel. Oleh karena ukuran tumor umumnya berpengaruh terhadap prognosis, maka penanggulangan diprioritaskan pada upaya menemukan tumor ini dalam ukuran kecil asimtomatik dengan cara : (1) pemeriksaan payudara sendiri (SARARI) dan (2) pemeriksaan payudara secara klinik (SARANIK) oleh dokter, bidan ataupun paramedis yang terlatih. Apabila pada kedua pemeriksaan ini ditemukan nodul, maka pemeriksaan dilanjutkan dengan (3) sitologi biopsi aspirasi dengan/tanpa (4) mamografi ataupun (5) biopsi bedah. Prosedur, teknik dan peralatan sitologi biopsi aspirasi sangat sederhana dan murah dengan ketepatan diagnosis yang tinggi. Kombinasi sitologi biopsi aspirasi dan mamografi memberikan ketetapan diagnosis alternatif, apabila biopsi aspirasi tidak dapat dilakukan atau gagal memberi informasi yang akurat.

PENDAHULUAN

Tumor payudara hampir selalu memberi kesan menakutkan bagi wanita. Bahkan banyak para pakar sependapat bahwa setiap nodul pada payudara dianggap sebagai kanker terutama pada wanita golongan risiko tinggi walaupun kemungkinan tumor jinak tidak dapat diabaikan. Pendapat yang "berlebihan" ini dapat dipahami, mengingat insiden kanker payudara tinggi tidak hanya di negara sedang berkembang, tapi juga di negara maju. Di Indonesia kanker payudara berada pada urutan ke dua dari jenis kanker yang ada dan lebih kurang 60 - 80% ditemukan pada stadium lanjut yang berakibat fatal).

Tingkat pertumbuhan atau stadium kanker payudara ditentukan tumor, penyebaran pada kelenjar getah bening di daerah ketiak ataupun supraklavikuler dan organ lain misalnya paru, hati dan tulang. Semakin kecil tumor, kemungkinan penyebaran tumor semakin kecil dan tindakan bedah kuratif dapat diharapkan walaupun sifatnya "sulit diramalkan" karena

kemungkinan mikrometastasis tidak dapat diabaikan⁽²⁾. Oleh sebab itu penanggulangan kanker payudara dewasa ini diprioritaskan pada upaya menemukan kanker pada ukuran sekecil mungkin.

Tujuan tulisan ini adalah untuk mengemukakan berbagai pendekatan sederhana untuk menemukan kanker payudara pada stadium awal secara efektif dan efisien.

ETIOLOGI

Penyebab kanker payudara belum jelas diketahui, namun pengaruh hormonal merupakan faktor yang utama. Apabila pada wanita berusia kurang dari 35 tahun dilakukan kastrasi ovarium ataupun adrenal, maka risiko kanker payudara pada wanita tersebut lebih kecil dibanding dengan wanita biasa. Wanita yang menarche pada usia sebelum 11 tahun dan wanita yang sulit dapat anak, insiden kanker payudaranya lebih tinggi dibanding wanita normal.

Faktor luar, antara lain kemungkinan makanan, diduga ada kaitannya dengan insiden kanker payudara. Insiden kanker payudara pada wanita Jepang lebih rendah dibanding wanita Barat

Golongan risiko

Golongan risiko sering membantu dalam diagnosis karsinoma payudara. Yang dimaksud dengan golongan risiko adalah kelompok wanita yang mempunyai kemungkinan lebih tinggi terjangkau penyakit kanker payudara, dengan kriteria :

- 1) Wanita berusia di atas 40 tahun
- 2) Orang tua (ibu) menderita kanker payudara
- 3) Saudara (kakak, adik) menderita kanker payudara
- 4) Pernah menderita kanker pids salah satu payudara
- 5) Penderita tumor jiank payudara
- 6) Kehamilan pertama terjadi sesudah usia 35 tahun.

PERTUMBUHAN

Kanker payudara 95% merupakan karsinoma, berasal dari epitel saluran dan kelenjar payudara. Pertumbuhan dimulai di dalam duktus ataupun kelenjar lobulus yang disebut karsinoma noinvasif. Kemudian tumor menerobos ke luar dinding duktus atau kelenjar di daerah lobulus dan invasi ke dalam stroma, yang dikenal dengan nama karsinoma invasif. Pada pertumbuhan selanjutnya tumor meluas menuju fasia otot pektoralis ataupun daerah kulit yang menimbulkan perlengketan-perlengketan. Pada kondisi demikian, tumor dikategorikan stadium lanjut inoperabel.

Penyebaran tumor terjadi melalui pembuluh getah bening, deposit dan tumbuh di kelenjar getah bening, sehingga kelenjar getah bening aksiler ataupun supraklavikuler membesar. Kemudian melalui pembuluh darah, tumor menyebar ke organ jauh antara lain paru, hati, tulang dan otak. Akan tetapi dari penelitian para pakar, mikrometastasis pids organ jauh dapat juga terjadi tanpa didahului penyebaran limfogen⁽³⁾. Beberapa penulis mengemukakan konsep bahwa karsinoma payudara merupakan penyakit sistemik; walaupun tumor kecil, namun kemungkinan mikrometastasis tidak dapat diabaikan.

Namun demikian, stadium dan prognosis karsinoma payudara pada umumnya ditentukan berdasarkan ukuran tumor, luas invasi pada payudara, keterlibatan kelenjar getah bening aksiler ataupun supraklavikuler dan metastasis ke organ jauh. Semakin kecil ukuran tumor, tingkat pertumbuhan/stadium semakin rendah dan prognosis lebih baik.

Faktor daya tangkal tubuh

Karsinoma payudara sebagian meluas progresif, sebagian tumbuh laten bertahun-tahun dan bahkan ada pula yang mengalami regresi (Townsend). Kejadian ini diduga ada kaitannya dengan faktor daya pertahanan tubuh yang disponsori jaringan limfoid. Defek reaksi limfosit pids kelenjar getah bening di aksila mempercepat pertumbuhan tumor dan prognosis lebih buruk. Di samping itu ketergantungan tumor terhadap hormon terutama estrogen berpengaruh terhadap pertumbuhan tumor.

GEJALA KLINIK

Keluhan utama penderita adalah pembengkakan payudara. Perasaan sakit jarang terjadi, walaupun ada baru muncul pids tingkat pertumbuhan yang lanjut. Oleh karena keluhan sakit tidak ada, pasien tidak merasa perlu pergi berobat, sehingga tumor dibiarkan tumbuh tanpa menyadari bahaya yang akan terjadi. Itulah sebabnya sebagian besar (60-80%) penderita kanker payudara ditemukan pids tingkat pertumbuhan lanjut inoperabel.

Pada situasi demikian sering ditemukan tumor melengket dengan kulit atau kelihatan seperti bisul atau borok disertai pembengkakan kelenjar getah bening di ketiak ataupun di leher. Pada keadaan penyakit demikian, pengobatan biasanya hanya bersifat paliatif. Pengobatan kuratif dapat dilakukan apabila tumor ditemukan pids ukuran kecil atau stadium dini.

METODE DETEKSI DINI

Walaupun kemajuan pengobatan kanker dengan sitostatika semakin meningkat, namun penemuan tumor pada stadium dini merupakan faktor penting dalam penanggulangan kanker payudara. Sebagian besar kanker payudara ditemukan oleh pasien sendiri, artinya tumor dalam tingkat pertumbuhan lanjut. Untuk menemukan tumor ini pids stadium awal diperlukan inisiatif pasien dan pemeriksaan medis :

1) Pemeriksaan payudara sendiri (SARARI)

Pemeriksaan payudara sendiri ternyata terbukti dapat menemukan tumor pids ukuran kecil. Dengan pola pemeriksaan tertentu payudara diperiksa sendiri setiap bulan 5-7 hari sesudah haid berhenti. Pemeriksaan payudara sendiri waktu sedang mandi sangat efektif karena dengan mempergunakan sabun benjolan lebih mudah teraba. Apabila teraba benjolan walaupun kecil dan tidak sakit, apalagi pids wanita golongan risiko tinggi, segera diperiksakan pids dokter keluarga ataupun dokter di Rumah Sakit/Puskesmas. Menurut penelitian para ahli, SARARI sangat bernilai dalam deteksi kanker payudara sedini mungkin^(2,4).

2) Pemeriksaan payudara oleh secara klinis (SARANIS)

Dokter umum merupakan ujung tombak dalam penanggulangan kesehatan masyarakat; diperkirakan mempunyai kesempatan luas untuk menemukan kanker payudara ukuran kecil. Kesempatan ini mungkin, apabila pids setiap wanita yang berusia lebih dari 40 tahun atau wanita yang termasuk golongan risiko tinggi, walaupun dia datang karena penyakit lain, dilakukan pemeriksaan payudara secara klinis (SARANIS) oleh dokter, bidan atau paramedis wanita merupakan strategi untuk menerobos kendala "budaya rasa malu kalau diperiksa dokter pria yang sering terjadi di klin ik atau puskesmas. Beberapa penulis melaporkan bahwa spesialis kandungan tidak jarang menemukan tumor payudara pids ukuran kecil.

SARANIS dilakukan sistematis dengan **langkah-langkah** sebagai berikut :

- 1) Pasien duduk berhadapan dengan petugas medis, diamati

simetrisasi atau perubahan bentuk kedua payudara.

2) Kedua tangan pasien diangkat ke atas kepala sambil memperhatikan simetrisasi ataupun perubahan gerakan kedua payudara. Adanya tarikan pada kulit merupakan pertanda kern ungkinan keganasan.

Untuk melihat lebih jelas, tarikan kulit yang menutup massa ditekan di antara dua jari tangan dan terjadi *dimpling sign*.

3) Palpasi kelenjar getah bening di daerah aksiler dilakukan dengan tangan penderita diletakkan santai di atas tangan pemeriksa.

4) Pada posisi fleksi kepala, daerah supraklavikuler dipalsasi dengan cermat untuk melihat kemungkinan pembesaran kelenjar getah bening.

5) Pada posisi *supine*, kedua payudara dipalpasi sistematis mulai daerah pinggir sampai ke daerah areola payudara. Palpasi lebih intensif di daerah kuadran lateral atas, karena di daerah ini lebih sering dijumpai karsinoma. Nodul lebih jelas teraba apabila di atas kulit payudara dilapukan sabun sambil dipalpasi.

3) Pemeriksaan mamografi

Mamografi adalah foto payudara dengan mempergunakan alat khusus. Teknik sederhana, tidak sakit dan tidak ada suntikan kontras. Dengan cara ini kanker payudara ukuran kecil 0.5 cm dapat diteksi; bahkan cara ini dapat dipergunakan sebagai alat skrining massal terutama golongan risiko tinggi walaupun tumornya tidak teraba.

Apabila pads SARARI atau pemeriksaan SARADIS ditemukan benjolan pads payudara, pemeriksaan dilanjutkan dengan mamografi. Pemeriksaan mamografi dilanjutkan dengan pemeriksaan patologi : sitologi biopsi aspirasi ataupun biopsi bedah. Ketepatan diagnosis mamografi lebih kurang 80%. Indikasi lain mamografi adalah para wanita golongan risiko dengan keluhan bahwa dari puting susu keluar cairan coklat atau campurdarah. Akhir-akhirini munculalatmutahirxeromamografi yang mempunyai kemampuan deteksi lebih akurat.

USG sering dipergunakan untuk diagnosis kista pads payudara. Akan tetapi dengan adanya sitologi aspirasi pemakaian USG makin berkurang.

4) Biopsi aspirasi

Pemeriksaan sitologi biopsi aspirasi jarum sering dipergunakan sebagai prosedur diagnosis berbagai tumor termasuk tumor payudara dengan indikasi :

- 1) Diagnosis preoperatif tumor yang klinik diduga maligna.
- 2) Diagnosis konfirmatif klinik tumor maligna ataupun tumor rekuren.
- 3) Diagnosis tumor nopenneoplastik ataupun neoplastik.
- 4) Mengambil bahan aspirat untuk kultur ataupun bahan penelitian.

Teknik dan peralatan sangat sederhana, murah dan cepat serta tidak ada komplikasi yang berarti. Dengan mempergunakan jarum halus dan semprit plastik 10 ml, bahan ekstrak jaringan diambil, dibuat sediaan hapus dan diwarnai dengan MGG. Dalam beberapa menit (15-30 menit) diagnosis preoperatif dapat ditentukan dan dalam waktu yang singkat tindakan lanjut

dapat ditentukan. Akurasi diagnostik sitologi BAJAH 80-96% dan dengan kombinasi mamografi akurasi diagnostik meningkat menjadi 98.7%^{0.7}).

Sitologi positif merupakan mada untuk survai metastasis dan rencana pengobatan. Akan tetapi sitologi negatif, belum dapat diPer^gunakan seba^gai oettangan untuk menentukan terapi oleh karena kemungkinan negatif palsu dapat terjadi. Pada kasus demikian perlu diperhatikan aspek klinik. apabila aspek klinik sesuai dengan sitologi negatif maka tindakan bedah dapat dilakukan. Sebaliknya pads kasus di mana sitologi negatif tidak sesuai dengan klinik hams dilakukan pemeriksaan biopsi bedah. Aplikasi prosedur diagnosis sitologi aspirasi pada tumor payudara, memungkinkan manajemen lebih sederhana.

Kista merupakan salah satu indikasi sitologi biopsi aspirasi. Cairan kista jernih biasanya jinak dan apabila cairan dievakuasi seluruhnya, kista tidak teraba (kolaps) dan sering tidak muncul kembali. Akan tetapi bila cairan kista coklat atau campur darah dan cepat berulang, maka perlu dilakukan pemeriksaan lain seperti mamografi dan biopsi.

5) True-cut

Jaringan diperoleh dengan mempergunakan jarum kaliber besar yang dilengkapi alat pemotong jaringan. Pengambilan jaringan dilakukan di bawah anastesi lokal ataupun umum. Metode ini tidak banyak dipakai lagi oleh karena adanya sitologi biopsi aspirasi.

6) Biopsi terbuka

Biopsi terbuka (*open biopsy*) adalah prosedur pengambilan jaringan dengan jalan operasi kecil, eksisi ataupun insisi yang dilakukan sebagai diagnosis preoperatif ataupun *durante operationam*. Di rumah sakit yang tidak mempunyai fasilitas sitologi aspirasi atau mamografi, maka pads setiap benjolan payudara terbuka dilakukan biopsi terbuka.

Biopsi insisi *durante operationam* dan pemeriksaan histopatologi jaringan dengan teknik pemotongan beku (*frozen section*) dilakukan untuk mengetahui sifat tumor jinak atau ganas. Dalam waktu yang singkat (5-10 menit) sifat tumor dapat ditentukan dan tindakan bedah dapat dilakukan dalam satu tahap.

KEPUSTAKAAN

1. Thomas JF, Fitharris BM, Redding WH dkk. Clinical examination, xeromammografi and fine needle aspiration cytology in diagnosis of breast tumours. *BMJ*. 1978; 2: 1139-1147.
2. Tjindarbumi D. Penanganan kanker payudara dini dan lanjut. Naskah simposium tumor ganas pada wanita. Bagian Patologi Fakultas Kedokteran UI, Jakarta, 1987.
3. Philip J, Harris G, Flaherti C, Joslin CAF. Clinical measure to assess the practice and efficiency of breast self-examination. *Cancer* 1986; 58 : 973-7.
4. Strax P. Strategy (motivation) for detection early breast cancer. *Cancer* 1980; 46:926-9.

5. Oertel YC. Fine needle aspiration of breast. Butterworth 1987.
 6. Drell SR, Sterret GF, Walters MNI, Whitaker D. **Manual and Atlas of Fine Needle Aspiration Cytology**. Churchill Livingstone 1986. p. 87-113.
 7. Tambunan GW. **Penuntun biopsi aspirasi jarum halus. Aspek klinik dan sitologi neoplasma**. Jakarta; Penerbit **Hipokrates**, 1990.
 8. Tambunan GW. **Karsinoma payudara. Dalam : Diagnosis dan Tatalaksana Sepuluh Jenis Kanker Terbanyak di Indonesia**, Handoyo (ed), Jakarta; Penerbit **Buku Kedokteran EGC**, 1991.
 9. Townsend CM. **Management of breast cancer. Surgery and adjuvant therapy**. *Clinical Symposia* 1987; **39** : 1-32 Ciba-Geigy.
-